

TRATAMENTUL LAPAROSCOPIC AL CHISTULUI RENAL SOLITAR PRIMA EXPERIENȚĂ

LAPAROSCOPIC SURGICAL TREATMENT OF SOLITARY RENAL CYST

Dorin Tănase, Adrian Hotineanu, Adrian Tănase, Emil Ceban, Vitalie Ghicavii, Alexandru Cerlat

*Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală, Catedra Chirurgie nr.2
USMF „N. Testemitanu”, Secția Urologie IMSP Spitalul Clinic Republican*

Summary

Laparoscopic surgical treatment of solitary renal cyst has become nowadays the choice intervention for this disease and cyst dome resection is limited by its renal parenchyma. Intervention has a relatively low degree of difficulty, it may be a debut of laparoscopic techniques for urologists. Advantages of laparoscopy are the morbidity and shorter postoperative hospitalization period compared to conventional surgical techniques, such as overall cost price below the open intervention.

Introducere

Chistul Renal Solitar (CRS) reprezintă o formațiune de volum benignă, cu o membrană subțire, formată dintr-o capsulă fibroasă din țesut epitelial, care se dezvoltă din parenchimul renal și care conține, de obicei, lichid seros. Este una din cele mai răspândite patologii renale și se întâlnește în 50% din cazurile diagnosticate conform necropsiilor la persoanele peste 50 de ani [1;4;7].

Scopul tratamentului constă în verificarea, evacuarea conținutului chistului și diminuarea posibilității de refacere la loc. Aceasta se realizează prin puncția evacuatorie și introducerea de substanțe sclerozante, fenestrarea sau rezecția percutanată a domului chistului, rezecția domului prin abord lomboscopic sau laparoscopic și realizarea acelorași obiective prin chirurgia deschisă [2;3;16].

Intervenția chirurgicală de elecție în CRS este rezecția laparoscopică a domului chistului [4;5;6;7]. Rezecția se realizează fie prin abord transperitoneal, fie prin abord retroperitoneal. Chistectomia pe cale laparoscopică este indicată în chisturile renale simple voluminoase, compresive, simptomatice, al căror diametru, măsurat ecografic, depășește 5 cm, și în mod deosebit pentru cele recidivante după evacuare/sclerozare percutanată ecoghidată [5,11,13]. Această metodă reprezintă o alternativă pentru intervenția deschisă și puncția percutanată. Laparoscopic pot fi abordate toate chisturile situate la polul superior, parapelvical, medial. În cazul localizării chistului la polul superior vizualizarea lui nu întâmpină dificultăți, deoarece el proemină și se vede intraperitoneal. Avantajul abordului transperitoneal este în situația când pe lângă chistul renal simplu avem posibilitatea de a rezolva și altă patologie chirurgicală existentă intraabdominală - colecistita calculoasă, chist hepatic, apendicită ș.a. [9;12].

Recidiva după intervențiile laparoscopice este foarte joasă atunci când se execută o fenestrare largă, sau o chistectomie completă. Rezultatele obținute pe termen lung prin intervențiile laparoscopice, ne arată că această metodă este optimă din metodele minim invazive [2;8;15]. La momentul actual rezecția laparoscopică a CRS reprezintă o intervenție chirurgicală bine standardizată, cu complicații minime și practic fără riscul recidivei [17;18].

Scopul lucrării

Analiza rezultatelor obținute și prezentarea primei experiențe în tratamentul laparoscopic al Chistului Renal Solitar.

Materiale și metode

Au fost analizate rezultatele obținute în urma aplicării rezecției laparoscopice a chistului renal solitar la 23 de pacienți (8 bărbați și 15 femei) în perioada anilor 2008-2010 în secția de Urologie a Spitalului Clinic Republican. Vârsta pacienților a variat de la 21 până la 65 de ani cu o medie de 48,3 ani. Preoperator toți pacienții au fost investigați ultrasonografic, urografic și în unele situații computer tomografic în regim de urografie și angiografie selectivă. La 12 pacienți (52,2%) chistul a fost situat pe stânga (la polul superior în 35,7%, mediorenal lateral în 17%), iar la 11 pacienți (47,8%) pe dreapta (la polul superior în 28,5% și mediorenal lateral în 19,3%). Toate chisturile mediorenale au avut o localizare laterală. În rezultatul investigațiilor paraclinice au fost diagnosticate preoperator formațiuni chistice de la 5,5 la 10,8 cm în diametru situate preponderent periferic.

Rezultate

În toate cazurile rezecția chisturilor a fost realizată prin abord transperitoneal. Laparoscopic această tehnică a fost posibilă în 21 de cazuri, ceea ce a constituit 91,3%. În 2 cazuri, din motive tehnice, s-a recurs la conversia în intervenție deschisă. Ca metodă anestezică a fost folosită anestezia generală, iar durata intervențiilor a variat de la 28 până la 62 de minute cu o medie de 35,6 minute. Perioada de spitalizare a constituit în medie 6,2 zile, perioada postoperatorie a fost de 2,9 zile. Toți pacienții postoperator au fost examinați la 3 și 12 luni. Recidiva chistului după intervenție laparoscopică a fost constatată într-un singur caz.

Este de menționat faptul, că în 2 cazuri pe lângă rezecția laparoscopică a CRS a fost efectuată și colecistectomia laparoscopică, iar într-un caz a fost realizată colecistectomia și rezecția chistului hidatic hepatic.

Concluzii

Rezultatele obținute prin tratamentul laparoscopic al chistului renal solitar sunt comparabile cu intervențiile deschise, dar

avantajele acestei metode minim invazive sunt incontestabile și indiscutabile la momentul actual. Agresivitatea minimă a actului chirurgical, absența cicatricelor mari postoperatorii, micșorarea perioadei de spitalizare, reabilitarea rapidă, reintegrarea în viața socială și activitatea profesională sunt doar unele din momentele care ne fac să alegem această metodă de tratament. De asemenea, intervențiile prin abord transperi-

toneal ne permit rezolvarea concomitentă și a altor patologii intraabdominale (colecistite calculoase, hernii hiatale, chisturi hepatice, adrenalectomii etc.). În plus, vizibilitatea excelentă oferită de imaginea laparoscopului permite, în mâini experimentate, o disecție de calitate și cu riscuri minime de lezare a elementelor vasculo-nervoase.

Bibliografie

1. MIKE B. STROKZ et al., Handbook of Urology, 2004, 59-51, Philadelphia, USA.
2. SINESCU, G. GLUCK, Tratat de Urologie, 2008, 582-616, București, România.
3. D. NICOLESCU, Bazele chirurgiei endourologice, 1997, 145-159, Timișoara, România.
4. H.A. Лопаткин, Руководство по урологии, 1998, 183-188, Москва.
5. COMAN, S. DUCA, Chirurgia urologică laparoscopică, 2002, 84-93, Cluj-Napoca.
6. R. BOJA, Chirurgia percutanată reno-ureterală, 2000, 347-366, Constanța, România.
7. EMIL A. TANAGHO, JACK W. McANINCH, Smith's General Urology, Laparoscopic Surgery, 2004, 140-163, USA.
8. TĂNASE A., Urologie și nefrologie chirurgicală (curs de prelegeri), 2005, 33-38, Chișinău.
9. SINESCU I., Urologie clinică, 1998, 165-184, București, România.
10. BADEA R., DUDEA S., MIRCEA P., STAMATIEN F., Tratat de ultrasonografie clinică, Vol.II.
11. GEAVLETE P., Atlas of endourology, 2006, București, România.
12. YOO KH, LEE SJ, JEON SH., KYUNG HEE, Simple renal cyst sclerotherapy with acetic acid: our 10-year experience. J Endourol. 2008 Nov;22(11):2559-63.
13. Bosniak MA "The small (< 3.0 cm) renal parenchymal tumor: detection, diagnosis and controversies." Radiology (1991) 179:307-317.
14. Israel GM, Bosniak MA "MR imaging of cystic renal masses." Magn Reson Imaging Clin N Am (2004) 12:403-412.
15. ATUG F, BURGESS SV, RUIZ-DEYA G, MENDES-TORRES F, CASTLE EP, THOMAS R. "Long-term durability of laparoscopic decortication of symptomatic renal cysts." Urology, 2006; 68:272-5.
16. LOPATKIN N.A., FIDAROV F.B., MARTOV A.G., Laparoscopic resection of a simple renal cyst. Urol Nefrol (Mosk). 1999 Mar-Apr;(2):23-5.
17. ONAL B., DEMIRKESEN O., CITGEZ S., ARGUN B., ONER, Laparoscopic treatment of unilocular renal hydatid cyst mimicking a simple cyst in a child. J Pediatr Urol. 2008 Dec;4(6):477-9. Epub 2008 Jul 17.
18. OSMAN M., CARROLL P.R. Laparoscopic marsupialization of a simple renal cyst, J Urol. 1993 Nov;150(5 Pt 1):1486-8.
19. Y. KANG, M. GUPTA; The benefits of endoscopic management of symptomatic renal cysts / Contemporary urology 2001, 157-5.
20. BOJA R., Chirurgia percutanată reno-ureterală, 2000, România, pag. 53-59, 347-375.

TRATAMENTUL CONSERVATIV CONTEMPORAN AL PRIAPISMULUI CONTEMPORARY CONSERVATIVE TREATMENT OF PRIAPISM

C. Guțu¹, A. PETERSCHI¹, C. SPÎNU², N. URSACHI³, V. CARAION⁴, M. CREȚU⁴

¹ Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgică, USMF „N. Testemițanu”

² Secția Urologie IMSP Spitalul Clinic Republican;

³ Profilactoriul „Constructorul”

⁴ Secția Urologie IMSP Spitalul Clinic Municipal „Sfânta Treime”

Summary

Eleven consecutive patients who presented with priapism were treated with 0,5 mg phenylephrine diluted in 2 ml normal saline injected directly into the corpus cavernosum. The aim of this study was to assess the effectiveness and complications of intracorporeal phenylephrine administration without aspiration or irrigation as a treatment for priapism. Blood pressure and pulse were measured before and after injection, and monitored every 15 minutes. If no detumescence was noted after 15 minutes, the injection was repeated. Neither penile blood aspiration, nor irrigation was performed. 9 of 11 responded with detumescence. The number of injections required ranged from 1 to 6. No changes in blood pressure, heart rate or side effects were observed.

We believe that this is a safe and effective method for treatment of priapism. Routine initial aspiration or irrigation of the corpora before intracorporeal injection of adrenergic agents does not appear to be necessary.